

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Сучасні принципи хірургічного лікування колоректального раку

Рак товстої (ободової та прямої) кишки, у переважній більшості аденокарцинома, за показниками захворюваності та смертності посідає провідне місце серед злоякісних пухлин усіх локалізацій. Показники захворюваності населення України, як і більшості країн Європи, на колоректальний рак (КРР) посідають друге місце після бронхолегеневого раку в чоловіків і третє – після бронхолегеневого раку і раку молочної залози у жінок, а за рівнем смертності рак цієї локалізації випереджає злоякісні пухлини шлунка, передміхурової залози й інших органів. Щорічно у світі реєструють до 1 млн хворих на КРР, з них близько 500 тис. через пізню діагностику захворювання помирають протягом року. Рівень захворюваності на КРР сьогодні сягає 85-90 на 100 тис. населення, збільшуючись з 24,9 у віковій групі до 50 років до 249,7 на 100 тис. населення серед пацієнтів віком понад 60 років. В Україні щорічно реєструють до 16 тис. хворих на КРР – 36,5 випадків на 100 тис. населення, більше 50% з яких також помирають протягом року.

Тривалість життя прооперованих хворих залежить перш за все від стадії захворювання, чим визначається актуальність проблеми ранньої діагностики передракових захворювань і раннього КРР. Показник п'ятирічної виживаності становить 83% при локалізації пухлини у межах кишкової стінки; за наявності метастазів у лімфатичні вузли він знижується до 35-37%, а в разі розповсюдження метастазів у віддалені органи (частіше у печінку) не перевищує 3%.

Обговорення проблеми КРР на трьох секційних засіданнях і під час круглого столу в ході роботи III з'їзду колопроктологів України, II з'їзду колопроктологів країн СНД з міжнародною участю, які відбулися 18-20 травня 2011 року в м. Одесі, свідчать про надзвичайну актуальність проблеми (збільшення показників захворюваності й поширеності; відсутність в Україні, як і в інших країнах СНД, скринінгу передракових станів і раннього раку прямої й ободової кишки; пізня діагностика захворювання, що зумовлює смертність близько 50% хворих протягом року виявлення пухлини; високі показники післяопераційних ускладнень і летальності; інвалідизація переважної більшості хворих тощо). З урахуванням ступеневого характеру процесу канцерогенезу (тривалість терміну від виявлення аденоматозних поліпів до розвитку раку становить близько 10 років) особливої актуальності набуває проблема запровадження скринінгу передракових станів і раку прямої кишки, відновлення профілактичних обстежень товстої кишки, які за останні 20 років майже повністю ліквідовано. Адже лише проведення тесту на приховану кров і регулярної колоноскопії (1 раз на 3-5 років, починаючи з 50-річного віку залежно від ступеня ризику КРР) з метою виявлення аденоматозних поліпів, які віддалені у 90% випадків стають причиною розвитку раку, своєчасне їх видалення дало б можливість на 20-25% знизити показники захворюваності на рак цієї локалізації. Запровадження в Україні скринінгу КРР згідно з методичними рекомендаціями «Скринінг передракових захворювань і раку товстої кишки» (М.П. Захараш, Н.В. Харченко, С.В. Музика, 2010) дало б змогу досягти кращих успіхів у попередженні цього вкрай тяжкого і клінічним перебігом, медичними і соціальним наслідками захворювання.

Основними факторами тривалої виживаності хворих після радикальних операцій, виконаних з приводу КРР, залишається рання діагностика захворювання. Адже за наявності сучасних можливостей для своєчасної діагностики захворювання, яка базується на досить чітких клінічних його проявах, результатах тесту на приховану кров, колоноскопії, іригографії, віртуальної

й магнітно-резонансної колонографії й інших методів дослідження, на практиці частка хворих із запущеними стадіями захворювання сягає далеко за 50%, у зв'язку з чим у кожного третього-четвертого хворого хірургічне втручання завершується формуванням постійної або тимчасової колостоми.

Важливим негативним фактором є і недостатня інформованість населення про ранні клінічні прояви захворювання, необхідність колоноскопічного обстеження товстої кишки з метою виявлення безсимптомних аденоматозних поліпів, які є головною причиною розвитку КРР у переважної більшості хворих. Саме виявлення таких поліпів і їх видалення – єдиний і найбільш ефективний метод профілактики КРР.

Рак прямої кишки

Проблема діагностики й хірургічного лікування раку прямої кишки протягом багатьох десятиріч продовжує залишатися в центрі уваги багатьох провідних вітчизняних і зарубіжних хірургів-проктологів.

Варто зазначити, що за клінічною маніфестацією, методами лікування і наслідками рак цієї локалізації становить окрему проблему онкології. У 23-26% хворих пухлина локалізується в нижній її третині, у 50% – у середньо-ампулярному, у 20-24% – у верхньо-ампулярному відділах, що суттєво впливає на вибір оптимальної лікувальної тактики і результати хірургічного лікування хворих. Така диференціація важлива у прогностичному плані: чим нижча локалізація пухлини, тим гірший прогноз, що зумовлено перш за все частішою інвазією низького раку прямої кишки в органи малого таза, кровоносні та лімфатичні судини, регіонарні лімфатичні вузли.

Хірургічне лікування раку цієї локалізації є провідним методом, який визначає безпосередні й віддалені результати. Протягом декількох десятиріч під час хірургічного лікування таких хворих залишаються актуальними проблеми забезпечення радикалізму хірургічних втручань і зниження їх інвалідизуючих наслідків.

Різні методики перед- і післяопераційної променевої й хіміотерапії, безперечно, суттєво покращують його результати. Однак у разі будь-яких резектабельних пухлин цієї локалізації хірургічне лікування – радикальне чи паліативне, ургентне або планове – є провідним. Незалежно від віку хворих, при більш-менш задовільному соматичному їх стані в умовах спеціалізованих онкопроктологічних чи онкологічних відділень або центрів існує можливість видалення злоякісної пухлини прямої кишки у переважній більшості випадків, у тому числі при підозрі чи наявності віддалених метастазів з урахуванням можливості продовження тривалості життя прооперованих

хворих внаслідок проведення ад'ювантної променевої та хіміотерапії. В останні роки з'явилися аргументовані повідомлення про досить високу ефективність променевої терапії при плоскоклітинному раку вихідного відділу прямої кишки, віддалені результати якого не гірші, ніж після хірургічного лікування, а якість життя хворих після проведення променевої терапії незрівнянно вища, тому що хірургічне лікування раку цієї локалізації передбачає обов'язкове виконання екстирпації прямої кишки з формуванням колостоми.

Сучасною стратегічною метою лікування раку прямої кишки є повне виликування хворих зі збереженням основної функції прямої кишки – контрольованої дефекації.

В останні роки все більше дискутується проблема можливості трансанального видалення ранніх пухлин прямої кишки. Технічно їх виконання значно простіше, не пов'язане з тяжкими післяопераційними ускладненнями і функціональними проблемами. Результати проведених досліджень окремих авторів свідчать про більш високу частоту рецидивів у таких хворих порівняно з радикально оперованими. Разом з тим, за даними S. Sengupta та J. Tjandra (2001 р.), при інфільтрації слизової та підслизового шару стінки прямої кишки частота метастатичного ураження параректальних лімфовузлів становить 0-12%, а при інфільтрації м'язового шару зростає до 28%.

При високодиференційованих аденокарциномах, розташованих у межах слизової оболонки, імовірність метастатичного ураження лімфатичних вузлів становить 0%, частота місцевого рецидивування – 0-3%, тоді як при низькодиференційованих – відповідно 12 і 10-63%. Хворі з муцинозними і виразково зміненими пухлинами не підлягають трансанальному видаленню через високу агресивність перебігу захворювання.

Низька диференціація пухлини суттєво підвищує ризик метастазування в лімфатичні вузли і гематогенної десимінації пухлини. Судинна інвазія також сприяє метастазуванню у віддалені лімфовузли. Відсіви пухлини – незалежний фактор ураження лімфатичних вузлів не лише при поширеному, а й при ранньому раку прямої кишки. Тому виконання трансанальних хірургічних втручань у таких випадках є протипоказаним. За даними S. Blair та J.B. Ellenhorn (2000), пухлини діаметром більше 3-4 см, які займають 40% просвіту кишки, також не підлягають трансанальній ексцизії. Як тільки пухлина проростає м'язовий шар (T2), показана радикальна операція з тотальною мезоректумектомією. Украй важливим при виконанні такої методики є гістологічне дослідження стінки кишки по краю видаленої пухлини. У разі



М.П. Захараш

існування даних, що свідчать про наявність пухлини, вдаються до виконання повторної радикальної операції з лімфодисекцією.

Отже, доведено, що злоякісні пухлини прямої кишки малих розмірів (до 3-4 см в діаметрі) можна видалити трансанально у межах здорових тканин з наступним проведенням хіміотерапії, що забезпечує такі ж показники п'ятирічної виживаності, як і при виконанні радикальних операцій. Однак виконання таких втручань є можливим за наявності мінімум чотирьох умов.

– Виключення низькодиференційованих форм пухлин, яке підтверджене передопераційною біопсією.

– Пухлина не проросла всю стінку кишки (ріст обмежений слизовим і підслизовим шарами стінки кишки), що можна визначити під час проведення передопераційної ендональної сонографії, КТ, МРТ.

– Відсутність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли (УЗД, пункційна біопсія вузлів).

– Розмір пухлини, розташованої не вище 7-8 см від ануса, не більше 4 см.

Показанням до виконання таких хірургічних втручань є:

- поверхнево розташовані пухлини;
- високий ризик виконання традиційних високотравматичних трансабдомінальних втручань через тяжкі ускладнення функціонального стану серцево-судинної системи, органів дихання;
- вік хворих понад 85 років;
- відмова хворого від формування колостоми.

Ускладнення після місцевого трансанального видалення пухлин мінімальні, а використання спеціальних оперативних ректоскопів і додаткових інструментів дає змогу видалити пухлини, розташовані навіть на глибини 10 см від ануса.

У разі раку прямої кишки, розташованого нижче 6 см від краю заднього проходу, переважна більшість авторів до недавнього часу вважали як найбільш доцільне виконання екстирпації прямої кишки з видаленням усього замикаючого його апарату й формуванням постійної колостоми – операція Кенью-Майлса (W. Miles, 1908).

Сучасний підхід до вирішення проблеми радикального хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки T2-3 стадії є таким: за відсутності ураження анального каналу необхідно прагнути до збереження сфінктерного апарату прямої кишки, тоді як 20-25 років тому операцією вибору (більше 50%) була екстирпація прямої кишки, яку виконували незалежно від розмірів пухлини. У наш час критерієм кваліфікації хірурга є частота виконання сфінктерозберігаючих операцій. На жаль, в Україні до цього часу в разі раку прямої кишки більш ніж 30% хворих виконують її екстирпацію і формують постійну колостому, що зумовлено не лише пізньою діагностикою захворювання,

а й недостатнім рівнем кваліфікації окремих хірургів, проктологів. Роботами багатьох авторів достовірно доведено, що терміни виживаності після хірургічного лікування раку прямої кишки визначаються не лише розміром пухлини, а й такими важливими критеріями, як протяжність не ураженого сегмента прямої кишки (візуально і пальпаторно), характер росту пухлини (ендо-, екзофітна), ступінь злоякісності й диференційованості клітин, проростання пухлини у кровоносні та лімфатичні судини, ступінь вираження перифокального запального процесу та ін.

Суттєвому збільшенню частки хірургічних втручань зі збереженням безперервності кишкового тракту (реконструктивні операції) при раку цієї локалізації сприяло широке запровадження у клінічну практику зшиваючих апаратів з метою формування циркулярних степлерних анастомозів у поєднанні з перед- та післяопераційною променевою і хіміотерапією.

Завдяки використанню циркулярних степлерів можливим є виконання радикальних сфінктерозберігаючих операцій у разі розташування пухлини вище 6 см від краю заднього проходу. При запущених формах раку прямої кишки виконують розширені (видалення декількох відділів товстої кишки разом з регіонарними метастазами), комбіновані (видалення разом з прямою кишкою інших органів або їх резекція – печінки, сальника, сечового міхура й ін.), поєднані (симультанні) операції (видалення ураженого сегмента товстої кишки, міоми матки, жовчного міхура).

Такі радикальні операції з приводу раку прямої кишки потрібно виконувати в умовах спеціалізованих онкологічних, проктологічних відділень або центрів з участю двох бригад хірургів. Сьогодні найбільш поширені такі хірургічні втручання.

- Передню (внутрішньочеревну) резекцію прямої кишки виконують у разі локалізації раку не нижче 5-6 см від краю заднього проходу, відступивши від обох країв пухлини не менш ніж 3-4 см з формуванням трансанального колоректального анастомозу, віддаючи перевагу формуванню степлерних анастомозів. Саме використання зшиваючих апаратів дало змогу зробити значний крок у розвитку колоректальної хірургії.

- За відсутності проростання раковою пухлиною м'язів анального сфінктера у хворих на низькоопулярний рак прямої кишки можливим також є виконання низької черевно-промежної резекції прямої кишки зі збереженням сфінктерного апарату і формуванням превентивної колостоми, хоча ризик місцевого рецидивування і віддаленого метастазування при низьких раках значно вищий. R. Heald (1993) було переконливо доведено, що вкрай важливим з точки зору онкологічного радикалізму є видалення органа, ураженого пухлиною, разом з параректальною клітковиною (мезоректум) зі збереженням цілісності фасціального футляра.

- Черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням сигмовидної кишки в анальний канал з ретельним визначенням рівня лігування магістральних судин з метою збереження достатнього кровопостачання низведеної сигмовидної кишки, що залежить від особливостей ангіоархітектоніки (велико-, середньо-, мілкопетлистий тип). Якщо мобілізація сигмовидної кишки і використання її для низведення є неможливими або коли існує загроза некрозу низведеної кишки, здійснюють мобілізацію і низведення

лівої половини ободової кишки. Такі втручання треба проводити у складних ситуаціях.

- Черевно-промежінна екстирпація прямої кишки (операція Кенью-Майлса) – екстирпація прямої кишки з видаленням усього її замикаючого апарату і формуванням постійної колостоми.

У разі пухлин великих розмірів, які проростають в оточуючі органи і тканини без наявності віддалених метастазів, можливим є виконання операції евісцерації таза.

У хірургії раку прямої кишки актуальною залишається проблема профілактики інтраопераційного пошкодження сечовивідних шляхів (2-3%), у які пухлини проростають у 50-60% випадків, що зумовлює необхідність участі в хірургічному лікуванні таких пацієнтів лікаря-уролога.

У 80-87% хворих сучасна хірургія прямої кишки має передбачати збереження симпатичних і парасимпатичних тазових нервів, для чого після перев'язки нижньобрижової артерії треба ідентифікувати п. hypogastricus (приблизно 2 см медіальніше сечовода, а на рівні куприка – при виділенні задньої стінки кишки). Комплексне лікування забезпечує тривалу виживаність більше 60% таких хворих.

Основною причиною смерті хворих на рак прямої кишки є рецидиви і метастази.

Основною локалізацією віддалених метастазів KPP є печінка. За даними N. Kontary et al. (1999), В.Я. Рівкіна і співавт. (2004), резекція печінки з їх видаленням забезпечує дворічну виживаність 25% хворих, причому у 25% повторні метастази не виникають. Протипоказанням до хірургічного лікування метастазів у печінку є наявність віддалених метастазів в інші органи. За даними деяких авторів, збереження 30-35% печінки забезпечує її регенерацію протягом 2-3 місяців. Оптимальним об'ємом операції є анатомічна резекція ураженого сегмента печінки з відступленням від краю пухлини не менше 1 см. Як метод локальної дії досить широко використовують радіочастотну абляцію у випадках, коли виконання операції резекції печінки є неможливим. Особливий інтерес в останні 2-3 роки викликає операція резекції печінки за методикою Habib (ультразвукова резекція). Така хірургічна тактика передбачає проведення неoad'ювантною й ад'ювантною хіміотерапії з використанням препаратів 5-фторурацилу, лейковорину, оксаліплатину та ін.

Рецидиви раку прямої кишки частіше виникають у терміні від 6 місяців до року після операції. Їх діагностика при низьких анастомозах можлива навіть під час виконання пальцевого дослідження, КТ. Лікування місцевих рецидивів хірургічне – екстирпація куки прямої кишки з анастомозом, лімфодисекція тазових, парааортальних лімфоколекторів, а також лімфовузлів по ходу нижньої порожнистої вени. Резекція кишки не менш ніж 2 см вниз і 5 см вверх від краю пухлини, обробка просвіту кишки цитостатичними препаратами майже унеможливує виникнення місцевих рецидивів, частота яких не перевищує 20-25%.

За наявності рецидиву пухлини, за даними більшості авторів, показано є ад'ювантна променева терапія.

Інтраопераційна профілактика і раннє виявлення рецидивів і метастазів раку прямої кишки (дослідження ракового ембріонального антигена, сканування печінки, МРТ, КТ та ін.) достовірно збільшують п'ятирічну виживаність хворих.

Завершуючи висвітлення проблеми хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки, варто зауважити, що сучасні методи комбінованого лікування цієї категорії пацієнтів можуть дати стабільний ефект лише за умови ранньої діагностики захворювання. Тобто навіть під час виконання радикальних, переважно інвалідизуючих втручань і використання найсучасніших схем неoad'ювантною й ад'ювантною радіо- та хіміотерапії неможливо забезпечити задовільні безпосередні, віддалені результати, п'ятирічну тривалість виживання оперованих пацієнтів. Операція Кенью-Майлса, запропонована більше ста років тому, і сьогодні залишається досить поширеним методом хірургічного лікування низьких за локалізацією і великих за розмірами злоякісних пухлин прямої кишки. Її результати при досконалому анестезіологічному і реанімаційному забезпеченні, проведенні ефективної антибактеріальної терапії кардинально покращилися, хоча інвалідизуючий її характер і необхідність формування постійної колостоми робить цей вид хірургічного втручання небажаним. Виходячи з цих позицій, широке запровадження в хірургічну практику зшиваючих апаратів (циркулярні, лінійні степлери) потрібно вважати безперечним успіхом у вирішенні проблеми хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки завдяки можливості формування низьких і наднизьких (внутрішньотазових) анастомозів, однак їх виконання є неможливим за умови резекції пухлини не менше ніж 2-3 см дистальніше її нижнього краю, тобто у межах, які б запобігали рецидиву ракової пухлини. Принципом онкопроктології XXI сторіччя у лікуванні раку прямої кишки має стати відмова від колостомії. Однак сьогодні виконання відновних сфінктерних операцій, особливо з використанням лапароскопічних технологій, доступне лише окремим колопроктологічним центрам. Варто зазначити, що у випадках формування таких анастомозів одне з найбільш загрозливих ускладнень таких операцій – їх неспроможність з урахуванням екстраперитонеального розташування – є не таким загрозливим і не завжди потребує повторних втручань (реальна можливість консервативного лікування в умовах відсутності перитоніту).

Віддалені результати сфінктерозберігаючих операцій у поєднанні з неoad'ювантною й ад'ювантною рентген- і поліхіміотерапією, за даними переважної більшості зарубіжних і вітчизняних авторів, цілком задовільні. П'ятирічна виживаність становить 70-80%. За сучасними даними, виконання таких втручань є можливим у 60-80% випадків, що є значним досягненням сучасної онкопроктології. Однак залишається принаймні два чинники, у разі наявності яких виконання таких операцій є неможливим. По-перше, це вростання пухлини у стінки таза, куприк, черевну стінку, проростання магістральних судин і нервів. По-друге, наявність віддалених метастазів у печінку, легені, лімфовузлі, дисемінація ракового процесу по очеревині. Крайшю паліативною операцією треба вважати резекцію кишки з пухлиною і відновленням безперервності кишкового тракту.

Рак ободової кишки

Хірургічне лікування раку ободової кишки – окремий розділ онкопроктології, хоча класифікація, принципи діагностики комбінованого лікування раку такої локалізації принципово не відрізняються від таких при раку прямої кишки. Хірургічні втручання при пухлинах ободової кишки є технічно

значно менш складними, рідше ускладнюються перитонітом, кровотечами, травматизацією сечовивідної системи тощо. Рак такої локалізації становить 1-4,2% від пухлин усіх локалізацій, посідаючи четверте місце у структурі злоякісних пухлин органів шлунково-кишкового тракту.

Рак ободової кишки, як і рак прямої кишки, має ендофітний або екзофітний ріст; ліва половина ободової кишки вражається вдвічі частіше, ніж права, перш за все сигмовидна кишка, злоякісні пухлини якої у групі хворих на KPP посідають друге місце після раку прямої кишки.

Рак ободової кишки на ранніх стадіях (розвиток з аденоматозних поліпів) досить довго має безсимптомний або малосимптомний клінічний перебіг. У цей період хіба що загальна слабкість і анемія неясного походження мають бути предметом особливої уваги лікаря «першого контакту» (сімейні лікарі, лікарі-терапевти, гастроентерологи, хірурги та ін.). Призначення таким хворим колоноскопії, іригографії або хоча б аналізу калу на приховану кров за сучасними методиками дає змогу вчасно діагностувати рак цієї локалізації. Теоретично можна виділити декілька груп симптомів раку ободової кишки, які можна віднести до синдрому малих ознак – періодичний біль у животі, кишковий дискомфорт, розлади ритму дефекації, патологічні виділення з прямої кишки, порушення загального стану (перш за все анемія).

Ще в роботах А.М. Ганічкіна детально було представлено форми клінічного перебігу раку ободової кишки: токсикоанемічна, ентероколітична, диспепсична, обтураційна, псевдозапальна і пухлинна (атипова). У більшості випадків такі форми – це стадії клінічного перебігу захворювання. Основні ускладнення раку ободової кишки – обтураційна кишкова непрохідність, перифокальний інфільтрат, перфорація пухлини, проростання її в оточуючі органи і тканини, кишкова кровотеча.

У недалекому минулому головним диференційно-діагностичним методом раку ободової кишки була діагностична іригографія (-скопія). Сьогодні методом вибору у верифікації діагнозу, який дає можливість проведення біопсії, стала колоноскопія. Іригографію можна використовувати у випадках, коли виконання колоноскопії є неможливим або невдалим. Варто зауважити, що навіть у разі установлення діагнозу раку ободової кишки під час іригоскопії (-графії) виконання колоноскопії є обов'язковим, тому що при виконанні вказаного рентгенологічного дослідження можуть бути пропущені поліпи в інших відділах ободової кишки, що може мати у майбутньому трагічні наслідки. Підвищує ефективність діагностики віртуальна колоноскопія, яка дає змогу діагностувати рак навіть невеликих розмірів. Отримані трьохмірні знімки є високоінформативними, що дає підстави вважати, що вказана методика має великі перспективи. На жаль, через українське недостатній рівень технічного забезпечення більшості лікувальних закладів України методику поки що лише починають запроваджувати.

У переважній більшості випадків рак ободової кишки – аденокарцинома, рідше солідний рак, ще рідше слизовий рак – аденокарцинома з вираженим внутрішньо- та внутрішньоклітинним слизоутворенням. Регіонарне метастазування раку ободової кишки виявляють, за даними різних авторів, у 26,6-61,6% хворих.

Продовження на стор. 12.

М.П. Захараш, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Сучасні принципи хірургічного лікування колоректального раку

Продовження. Початок на стор. 10.

Лікування раку ободової кишки хірургічне. В усіх випадках резектабельні пухлини потрібно видаляти. Розрізняють чотири основних види хірургічних втручань при раку ободової кишки: одномоментна резекція з формуванням первинного анастомозу; одномоментна резекція з формуванням анастомозу і протекторної колостоми; двомоментні резекції з формуванням однокінцевої колостоми; трьохмоментні операції з попереднім відключенням пухлини і формуванням стоми. Серед таких втручань — резекція поперечно-ободової кишки, право- або лівостороння геміколектомія, а при множинних локалізаціях раку — субтотальна колектомія з формуванням колоректальних або ілеоректальних анастомозів. З широким упровадженням сучасних зшиваючих апаратів тривалість таких хірургічних втручань у спеціалізованих проктологічних, онкологічних клініках і частота післяопераційних ускладнень значно зменшилися.

Надзвичайно важливим є вибір оптимального рівня резекції ободової кишки в дистальному напрямку (рівень резекції ділянки ободової кишки вище пухлини фактично не лімітований). Дистальна лінія перетину кишки має забезпечувати попередження рецидиву пухлин, тому що для формування анастомозу використовують дистальний відрізок кишки, що є неможливим у разі занадто близького розташування пухлини від рівня дистальної лінії резекції. Виходячи з результатів численних патоморфологічних досліджень, сьогодні встановлено чіткі правила, обов'язкові під час виконання операцій з приводу раку ободової кишки: при раку сигмовидної кишки показано виконання операції лівобічної геміколектомії; при раку сліпої кишки, висхідного відділу і печінкового згину операцією вибору є правобічна геміколектомія; при раку поперечно-ободової кишки можливим є виконання сегментарних резекцій з обов'язковим видаленням не менше 10 см здорової кишки в обидва боки від країв пухлини.

Найчастіше місцем віддаленого метастазування КРР є печінка. За даними переважної більшості вітчизняних і зарубіжних онкологів, її резекція з наступною внутрішньоартеріальною поліхіміотерапією у таких хворих є ефективною у 40–70% випадків і збільшує середню виживаність до 25–48%.

При тазових рецидивах раку прямої кишки прогноз є незадовільним, тому що у 50% вони поєднуються з відділеними метастазами і є інкурабельними; хіміо- та променева терапія в таких випадках дають лише тимчасовий ефект.

Визначаючи сучасний стан хірургії КРР, доцільним було б виділити такі аспекти.

- Своєчасне виявлення аденоматозних поліпів товстої кишки є головним резервом зниження показників захворюваності та смертності від раку вказаної локалізації. Запровадження скринінгу передракових станів і раку товстої кишки та ранніх стадій раку — головний резерв покращення не лише безпосередніх, віддалених, а й

функціональних результатів хірургічного лікування хворих на КРР і якості життя оперованих хворих.

- Переважна більшість малігнізованих аденоматозних поліпів і близько 5% дистальних аденокарцином прямої кишки, які локалізуються на висоті 6–8 см від ануса, можна вилікувати місцевим висіченням (тотальна біопсія), пріоритетніше із застосуванням трансанальної ендоскопічної мініінвазивної хірургії. Для впевненості у відсутності ураження регіонарних лімфовузлів необхідним є операційне виконання ендоректальної сонографії й КТ. При таких ексцизіях раку T1-2 стадії місцеві рецидиви виявляють у 0–26%, а тривала виживаність становить 73%. Післяопераційна променева терапія покращує результати (місцеві рецидиви при 23–64 міс — 0–20%, тривала виживаність — 70–100%) хірургічного лікування хворих.

- Проростання пухлини за межі стінки прямої кишки є показанням до виконання радикального втручання. Основним фактором рецидиву в таких випадках є стадія раку, наявність метастазів у лімфовузлів, проростання в оточуючі органи і тканини. Основними операціями є низька передня резекція прямої кишки з формуванням колоанальних анастомозів, пріоритетніше степлерних (формування не більше ніж 2 см від нижнього краю пухлини); черевно-промежинна екстирпація прямої кишки з видаленням мезоректума. При таких операціях частота місцевих рецидивів не перевищує 5–7%, а тривала виживаність становить 68–78%. Комбінована неоад'ювантна променева терапія є стандартною в лікуванні раку прямої кишки в стадіях T2–3. При наднизьких локалізаціях раку показаним є низведення низхідної кишки і створення неоректума. Формування при цьому товстокишкових резервуарів зменшує кількість дефекацій до 1–3 разів. Хірургічне лікування раку ободової кишки різної локалізації передбачає: виконання операції ліво- чи правобічної геміколектомії при раку лівого або правого відділів ободової кишки, сегментарної резекції при ураженні поперечно-ободової кишки.

- Неоад'ювантна й ад'ювантна променева і полікомпонентна хіміотерапія, яку проводять хворим, оперованим з приводу раку прямої кишки, забезпечує п'ятирічну виживаність до 80% пацієнтів.

Успішне лікування хворих на КРР можливе лише у разі мультидисциплінарного підходу з участю хірургів, онкологів, проктологів, променевих-, хіміотерапевтів й інших фахівців.

Враховуючи сучасні світові підходи до вибору оптимальної хірургічної тактики при лікуванні хворих на КРР, завданням онкологів, онкопроктологів є індивідуалізація плану лікування на основі вивчення експресії молекулярних і генетичних методів, реакції пухлини на проведення системної перед- і післяопераційної хіміотерапії, оптимізація методів комплексної та комбінованої дії з метою досягнення оптимальних результатів лікування.

3

Клинический случай

В.П. Перепелиця, головний хірург УОЗ м. Житомира, завідувач хірургічного відділення; **В.С. Хоменко**, лікар-хірург; **В.Г. Шкляєв**, лікар-хірург; **М.В. Хренов**, завідувач відділення променевої діагностики, Центральна міська лікарня № 1, м. Житомир

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту

Під сторонніми тілами розуміють різноманітні тіла і предмети органічного й неорганічного походження, які потрапили в органи і порожнини природним шляхом, через операційну або нанесену твердим предметом рану.

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту — порівняно рідкісна патологія, проте їх запізнита діагностика призводить до важких ускладнень, таких як кровотеча, перфорація травного тракту з розвитком перитоніту, утворення інфільтратів черевної порожнини і заочеревинних флегмон, які досить часто стають причиною летального наслідку [1].

Історія вивчення проблеми досить давня. Основним методом вилучення стороннього тіла в епоху середньовіччя була евакуація природним шляхом. Перша серйозна наукова згадка про успішне лікування стороннього тіла шлунка датується 1635 роком, коли хірург Кенінгсбергського університету Daniel Schwabe вперше виконав успішну гастротомію з видаленням стороннього тіла. З початком епохи асептики й антисептики почастішали повідомлення про хірургічне видалення сторонніх тіл. 1811 року White вперше виконав ентеротомію і видалив стороннє тіло (ложку) із клубової кишки. З товстого кишечника стороннє тіло вперше видалив Reol 1886 року [3], а першу у світі апендектомію з приводу стороннього тіла апендикса (інкрустована солями шпилька) виконав англійський хірург Claudius Amyand 1735 року [10].

Переважає кількість заковтнутих сторонніх тіл великого калібру припадає на осіб з психічними відхиленнями, дрібні предмети в основному заковтують діти (Wolfler, Lieblein, 1909).

Заковтнуті сторонні тіла частіше виявляють у жінок — 64–69,3%.

За даними С.В. Богомазова (1979), серед хворих із сторонніми тілами у 12,1% спостережень було виявлено відхилення психіки або алкоголізм, лише у 2,9% випадків це носило випадковий характер [2].

Більшість сторонніх тіл, які потрапили у шлунково-кишковий тракт, мають тенденцію до самовільного видалення (75,6%), у 4,8% випадків виникає потреба в оперативному лікуванні [9].

Сторонні тіла стравоходу

Частота локалізації сторонніх тіл стравоходу становить 68,4% [1].

Підґрунтям такої великої частоти є перш за все наявність анатомічних звужень стравоходу, де діаметр і податливість його стінок значно менші. Клінічні прояви залежать від величини, форми, локалізації стороннього тіла стравоходу, давності, наявних ускладнень і проявляються у вигляді різкого за груднинного болю, гіперсалівації, дисфагії, стравохідного блювання. За наявності ускладнень з'являється симптоматика медіастиніту. Летальність серед цієї групи хворих досягає 4,1–5,7% від загальної кількості спостережень [4].

За даними Т.П. Пінчука зі співавт., у стравоході переважають м'які сторонні тіла і фруктові кісточки (обтурація стравоходу у хворих з аксіальними грижами стравохідного отвору діафрагми або його стриктурами), дещо рідше зустрічаються кістки, зубні протези, різноманітні предмети — пробки, шпильки тощо [7].

Варто відмітити, що скарги й анамнез не є першочерговими критеріями визначення наявності стороннього тіла стравоходу, тому що в 6–41,2% хворих вони відсутні. Ендоскопія верхнього відділу шлунково-кишкового тракту має першочергове значення в діагностиці та лікуванні сторонніх тіл цієї локалізації.

Сторонні тіла шлунка

Сторонні тіла шлунка за своєю суттю є наслідком їх міграції зі стравоходу. У більшості випадків сторонні тіла шлунка асимптомні. Можлива клінічна симптоматика зводиться до відчуття переповнення і важкості в епігастрії, металевого присмаку в роті. Частота цієї локалізації становить 18,9% [1]. Найбільш розповсюдженим стороннім тілом шлунка є зубні протези [7].

Абсолютно іншу за етіопатогенезом групу сторонніх тіл шлунка становлять безоари, серед яких найчастіше зустрічаються фітобезоари. Варто зауважити, що вони можуть стати причиною тонкокишкової непрохідності [6].

Основним методом діагностики і лікування є фіброезофагогастродуоденоскопія. За даними Т.Р. Sai Prasad і співавт. (2006), лише в 1% випадків гострі сторонні тіла шлунка великих розмірів з метою профілактики ускладнень потребують відкритої хірургічної корекції.

Сторонні тіла пілоричного відділу шлунка, нижньогоризонтальної частини дванадцятипалої кишки, дуодено-єюнального переходу, ілеоцекальної ділянки потребують відкритого оперативного втручання.

Сторонні тіла тонкого і товстого кишечника

Частота локалізації становить: тонкий кишечник — 7,1%, товстий кишечник — 3% [1].

Виявлення сторонніх тіл тонкого кишечника є наслідком їхньої здатності до міграції. Існують випадки виявлення сторонніх тіл прямої кишки, які стали наслідком насилля або сексуального збочення [5].

За даними А.А. Дубровського і співавт. (1977), перфорація товстого кишечника сторонніми тілами (33,8%) зустрічається частіше за перфорацію шлунка (15,5%) [11].

У діагностиці сторонніх тіл прямої кишки першочергове значення має пальцеве ректальне обстеження, використання ректороманоскопії, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини.

У 2,8% спостережень для видалення стороннього тіла із прямої та сигмовидної кишки необхідне виконання лапаротомії. Для трансанального видалення потрібно провести девульсію анального сфінктера під наркозом [8].

Перфорація сторонніми тілами завжди потребує екстреної оперативної корекції.

Як практичну класифікацію використовують розподіл сторонніх тіл на такі основні групи [1]: